

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دوره ۳۲ شماره ۲ خرداد و تیر ۱۳۸۹ صفحات ۴۵-۵۰

اثربخشی آموزش گروهی مهارت‌های زندگی در بیماران اسکیزوفرنیک: کاربردهایی برای روشهای درمانی جامع

زینب خانجانی: گروه روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز: نویسنده رابط

E-mail: zeynabkhanjani@yahoo.com

ناصر قربانیان: کارشناسی ارشد روان شناسی، روان شناس بیمارستان روان پزشکی ایثار اردبیل
پرویز مولوی: گروه بیماریهای اعصاب و روان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

دریافت: ۸۷/۶/۲۹، پذیرش: ۸۸/۲/۲۷

چکیده

زمینه و اهداف: این پژوهش یک مطالعه پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل بود. ۴۰ بیمار اسکیزوفرنی بصورت تصادفی انتخاب و به دو گروه مساوی، گروه آزمایش و کنترل، تقسیم شدند.

روش بررسی: گروه آزمایش ۱۲ جلسه تحت آموزش مهارت های زندگی قرار گرفتند. داده ها توسط پرسشنامه نیمرخ مهارت های زندگی جمع آوری شد. نتایج دو گروه آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون t و روش نمره های افزوده مقایسه شد.

یافته ها: یافته ها نشان دادند که بین دو گروه آزمایش و کنترل در مهارت تعامل اجتماعی و توانایی اجتماعی/ شخصی ($p=0/001$) تفاوت معنی دار وجود دارد. اما بین این دو گروه در مهارت های مراقبت از خود ($P=0/230$) و کاهش آشفتگی ($P=0/330$) تفاوت معنی دار بدست نیامد.

نتیجه گیری: آموزش مهارت های زندگی در دو مهارت مراقبت از خود و کاهش آشفتگی در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش چشم گیر و معنی داری ایجاد نکرد. ولی در مهارت های تماس اجتماعی، روابط بین فردی، و مسئولیت پذیری تفاوت معنی دار آماری بین پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش بوجود آورد.

کلید واژه ها: آموزش گروهی، مهارت های زندگی، اسکیزوفرنی.

مقدمه

بیماران اسکیزوفرنی موثر هستند. چنانچه نوع و فراوانی آموزش با مرحله بیماری فرد مرتبط شود بیمار قادر خواهد بود مهارت های زندگی مستقل و اجتماعی را آموخته و آن را به زندگی روزمره تعمیم دهد (۷).

امروزه در برنامه های درمانی جامع همراه با دارو درمانی برای افراد اسکیزوفرنیک به کارگیری آموزشی مهارت های زندگی و ارتباطی به

اسکیزوفرنی یک اختلال سایکوتیک است که با علائم مثبت و منفی مشخص می شود. این اختلال غالباً با تخریب شناختی مانند تفکر عینی (۱)، اختلال در پردازش اطلاعات (۲)، نقص در کنش های اجتماعی و شغلی (۴ و ۳)، نقص در شناخت اجتماعی (۵) روابط بین فردی معیوب (۶) و مسئولیت پذیری کم همراه است. آموزش انواع مهارت های زندگی در کاهش این نقص ها در

آموزش گروهی مهارت‌های زندگی شامل موارد زیر است: آموزش مهارت مراقبت از خود (که باعث افزایش توانایی نسبی بیمار جهت انجام کارهای روزمره خود می‌شود)، آموزش مهارت کاهش آشفتگی (که بیمار را قادر می‌سازد رفتارهای مقابله‌ای موثر جهت کاهش علائم منفی مانند گوشه‌گیری و خشم را فرا گیرد)، آموزش تماس اجتماعی (که توانایی بیمار را برای خود بیان گری عقاید، نیازها و خواسته‌ها و هیجاناتش را افزایش می‌دهد)، آموزش ارتباط بین فردی (که به ایجاد روابط بین فردی مثبت منجر می‌گردد) و آموزش مسئولیت پذیری (که بر توانایی تعامل با اعضای گروه جهت رسیدن به اهداف مشترک می‌افزاید).

مواد و روش‌ها

طرح این پژوهش از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه مردان اسکیزوفرنیک شهر اردبیل در سال ۸۶ بودند. از بین این بیماران افرادی با سطح تحصیلات بالاتر از پنجم ابتدایی که در طول ۳ ماه پس از زمان تصویب طرح در بخش اعصاب و روان بیمارستان ایثار شهر اردبیل بستری بودند، انتخاب شدند. ۴۰ نفر از این مردان اسکیزوفرنیک که از نظر شناختی وضعیت بهتری داشتند و عمدتاً از نوع پارانوئید، نامتمایز و باقیمانده بودند، برای گروه نمونه به شیوه تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند. مشاهدات و ارزیابی‌های محققان نشان داد که این سه گروه از بیماران از لحاظ شناختی کمتر آسیب دیده بوده و نسبت به انواع دیگر اسکیزوفرن‌ها بیشتر قادر به دریافت آموزش‌ها بودند. قبل از اجرای اصلی پژوهش یک مطالعه مقدماتی اجرا شد. مهم ترین اهداف این مطالعه عبارت بودند از: کسب مهارت و تسلط بر روشهای آموزش مهارت‌های مورد استفاده در پژوهش اصلی، آموزش شیوه تکمیل و اجرای پرسش‌نامه‌ها و سایر ابزار پژوهش به روان پرستاران بخش، شناسایی متغیرهای مداخله گر و خشی نمودن آثار آنها در طرح اصلی پژوهش. مدت اجرای پژوهش مقدماتی ۵ جلسه بود که بر روی ۴ نفر از بیماران اسکیزوفرنی اجرا شد. براساس طرح مقدماتی تصمیم گرفته شد که نوع بیماری و نوع داورى دریافتی و دوز دارو و جنسیت کنترل شود. زیرا براساس ادبیات تحقیق احتمال تأثیر این متغیرهای مداخله گر در میزان فراگیری مهارت‌ها وجود داشت در نتیجه از شیوه نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای استفاده شد. بدین ترتیب در مرحله اول فقط اسکیزوفرن‌های نوع پارانوئید ($N=20$)، باقیمانده ($N=10$) و نامتمایز ($N=10$) در طرح وارد شده و بقیه کنار گذاشته شدند. در مرحله دوم از بین اسکیزوفرن‌های پارانوئید، نامتمایز و باقیمانده ۴۰ نفر آزمودنی که از نظر تحصیلات (تحصیلات دبیرستانی و دیپلم)، نوع داروی دریافتی (هالوپریدول با دوز متوسط)، جنسیت (فقط مردان) همسان شده و انتخاب گردیدند و در مرحله سوم از این ۴۰ نفر بطور تصادفی ۲۰ نفر به گروه آزمایش و ۲۰ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شدند. اما در گروه آزمایش ریزش ۳ نفر آزمودنی رخ داد و ۱۷ نفر باقی ماندند

عنوان یک مداخله روانی اجتماعی گنجانده شده است. چنانچه آموزش مهارت‌های زندگی و اجتماعی در طول مدت مناسب و با تکرار و پیگیری انجام شود، سودمند خواهد بود. به طوری که به بیمار کمک می‌کند تا با علائم مثبت بیماری خود با کسب مهارت‌های خود مدیریتی علائم و با علائم منفی با فراگیری نحوه ارتباط کلامی، غیرکلامی مناسب با دیگران و اظهارات هیجانی مناسب مواجه گردد (۸). همچنین بیمار از طریق آموزش مهارت‌ها به افزایش مهارت‌های حرکتی مناسب دست یافته و قادر خواهد شد به اثرات جانبی داروهای آنتی سایکوز (مثل علائم پارکینسونی) روبرو شود. و اضطراب اجتماعی و رفتارهای اجتنابی را از طریق یادگیری نحوه ارتباط با دیگران در موقعیتهای متفاوت (از طریق تکنیکهای ایفای نقش و سرمشق دهی) تا حدی کنترل نماید. بنابراین فراگیری مهارت‌های اجتماعی و زندگی به خودیاری بیمار منجر گردیده و موجب شرکت فعال او در کنترل علائم بیماری خود شده و گسترش مهارت‌های خود مدیریتی را در پی دارد (۹-۱۲). از این طریق بیمار بصیرت بهتری نسبت به بیماری خود بدست می‌آورد که در نهایت به پذیرش مسئولیت بیشتر نسبت به رفتارهای خود منجر می‌گردد (۱۳). همچنین آموزش مهارت‌های زندگی موجب جراتمندی بیمار در روبرو شدن با تمایزات خود با دیگران شده و توانایی خود آشکارسازی معقولانه را فراهم می‌آورد (۱۴).

یک پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی از جمله مهارت‌های اجتماعی با بهبود عملکرد شناختی بیمار به ویژه بُعد توانایی کلامی، سرعت پردازش اطلاعات و حافظه مرتبط است (۱۵). برخی پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که این آموزش‌ها به افزایش کنش‌های مرتبط با شغل (۵-۳ و ۲۰-۱۶)، افزایش مهارت‌های حل مساله (۱۹)، کاهش دوره‌های عود بیماری (۲۱) و کاهش علائم مثبت (۱۵)، افزایش کیفیت مهارت‌های گفتگو (۲۲)، افزایش کنش‌های شناختی (۲۳)، افزایش خود بیان‌گری و شروع ارتباط بیمار با دیگران (۲۴) منجر می‌شوند.

به دلایل مختلفی درمان گروهی شرط اساسی برای انجام آموزش مهارت‌های زندگی و اجتماعی است. درمان گروهی برای خودیاری فرصتهایی را فراهم می‌سازد که در درمان انفرادی امکان چنین موقعیتهایی وجود ندارد. در آموزش گروهی مهارت‌های زندگی یک بافت اجتماعی یا جمعی فراهم می‌شود که امکان یادگیری از تجارب واقعی زندگی دیگران را فراهم می‌سازد. در چنین بافت اجتماعی بیمار عملاً پی به نقص‌های ارتباطی خود در تعامل با دیگران برده و از طریق پس خوراندن‌های دریافتی از سوی همسالان و درمان گر توانایی ارتباط موثر با دیگران را می‌آموزد. در بافت گروهی بیمار آموزشهای لازم را برای کنترل خشم و درک عواطف چهره‌ای دیگران دریافت می‌کند (۷).

بطورکلی شواهد زیادی در مورد اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر عملکردهای اجتماعی، شناختی، عاطفی بیمار مبتلا به اسکیزوفرنی وجود دارد. هدف این مطالعه بررسی اثربخشی

مهارت مطرح در آزمون مهارت‌های زندگی پارکر یکبار قبل از آموزش در پیش آزمون و یکبار پس از آموزش به گروه آزمایش در پس آزمون در هر دو گروه ارزیابی شده است.

پس از دستیابی به داده‌ها به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS/15 استفاده گردید. برای تحلیل آماری از آزمون t برای گروه‌های مستقل با در نظر گرفتن نمره‌های افزوده به مقایسه تفاضل میانگین نمرات پیش آزمون - پس آزمون گروه‌های کنترل و آزمایش در پنج مهارت فوق الذکر اقدام گردید.

یافته‌ها

در جدول زیر نتایج بدست آمده از تحلیل آماری ارائه می‌گردد: جدول ۱ میانگین‌ها و انحراف معیارهای بدست آمده در پیش آزمون - پس آزمون پنج مهارت زندگی و تفاضل پیش آزمون - پس آزمون این مهارت‌ها را همراه با سطح معناداری آنها نشان می‌دهد. تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون در مهارت مراقبت از خود در دو گروه آزمایش و کنترل با $P=0/230$ همچنین تفاضل میانگین پیش آزمون- پس آزمون در مهارت کاهش آشفتگی با $P=0/330$ از نظر آماری معنادار نیست. اما تفاضل میانگین نمرات مهارت تماس اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل با $P<0/001$ در مهارت مسئولیت پذیری با $P<0/001$ در مهارت روابط بین فردی با $P<0/001$ و در مهارت زندگی (بطور کلی) با $P<0/001$ از نظر آماری معنی‌دار است، که حاکی از معنی‌دار بودن اثر آموزش مهارت زندگی بر مهارت‌های ارتباطی بیماران اسکیزوفرنیک می‌باشد.

در گروه کنترل نیز به علت ترخیص برخی از بیماران در مدت این ۳ ماه آموزش ریزش آزمودنی مشاهده گردید. ابتدا پرسشنامه جمعیت شناختی و سپس همزمان پیش آزمون با استفاده از آزمون مهارت‌های زندگی Life skills profiles که توسط پارکرو آلن روزن در سال ۱۹۸۹ ساخته شده است (۲۵) و برای اولین بار در ایران توسط محققان پژوهش حاضر به فارسی برگردانده شد و بر روی گروه نمونه اجرا شد، استفاده گردید. ثبات درونی (خارجی) این آزمون با آلفای کرونباخ $0/79$ پایایی باز آزمایی آن به فاصله ۴ هفته $0/89$ ، همبستگی نمره کلی این آزمون با نمره کلی آزمون سازگاری Kats $r=0/65$ گزارش شده است (۲۵). در پژوهش حاضر ثبات درونی این آزمون با آلفای کرونباخ برابر با $0/90$ محاسبه گردید. آزمون مذکور توسط روان پرستاران بخش به روش دو سویه کور (از لحاظ آگاهی از گروه کنترل و آزمایش) اجرا شد. در مرحله سوم مهارت‌های زندگی در گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه در سه ماه هر جلسه ۱ ساعت آموزش داده شد. هدف از جلسه اول تا سوم آموزش کار در گروه، جلسه چهارم و پنجم آموزش مراقبت از خود برای رسیدن به توانایی نسبی در انجام کارهای روزمره خود، جلسه ششم آموزش نحوه مقابله با استرس- ها، جلسه هفتم آموزش کنترل خشم از طریق اجرای یک الگوی نگرشی و رفتاری جدید، جلسه هشتم و نهم ارتباط بین فردی موثر، جلسه دهم نحوه تماس‌های اجتماعی موثر، و جلسه یازدهم آموزش تعهد برای رسیدن به اهداف مشترک فردی و جمعی (مسئولیت پذیری) بود. اما در گروه کنترل هیچ آموزشی اجرا نشد. در پایان بلافاصله بعد از اتمام آموزش‌ها پس آزمون بر روی دو گروه کنترل و آزمایش توسط همان آزمون گران (روان پرستاران بخش) و همان آزمون اجرا شد. در این پژوهش ۵ زیر مقیاس یا

جدول ۱: نتایج میانگین، انحراف استاندارد و آزمون t برای مقایسه تفاضل میانگین پیش آزمون - پس آزمون دو گروه در مهارت‌های زندگی

متغیرها (مهارت‌های زندگی)	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		تفاضل پیش آزمون - پس آزمون	
		میانگین \pm انحراف معیار	P	میانگین \pm انحراف معیار	P	میانگین \pm انحراف معیار	P
مراقبت از خود	آزمایش	۲/۴۶ \pm ۰/۴۱	۰/۶۵	۲/۵۸ \pm ۰/۳۲	۰/۱۶۳	۰/۱۲ \pm ۰/۲۷	۰/۲۳۰
	کنترل	۲/۴۱ \pm ۰/۲۹		۲/۴۳ \pm ۰/۲۹		۰/۰۲۹ \pm ۰/۱۳	
تماس اجتماعی	آزمایش	۲/۳۷ \pm ۰/۵۹	۰/۸۳	۳/۰۲ \pm ۰/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵ \pm ۰/۶۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۳۳ \pm ۰/۵۵		۲/۳۹ \pm ۰/۵۶		۰/۰۵۸ \pm ۰/۳۰	
مسئولیت پذیری	آزمایش	۲/۳۴ \pm ۰/۶۲	۰/۹۰	۲/۷۶ \pm ۰/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۴۳ \pm ۰/۴۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۲/۳۶ \pm ۰/۵۳		۲/۲۶ \pm ۰/۴۶		۰/۱۰ \pm ۰/۲۸	
روابط بین فردی	آزمایش	۲/۵۵ \pm ۰/۶۹	۰/۲۸۹	۲/۹۱ \pm ۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶ \pm ۰/۵۹	۰/۰۳۰
	کنترل	۲/۳۷ \pm ۰/۲۹		۲/۴۲ \pm ۰/۲۷		۰/۰۵۰ \pm ۰/۱۷	
کاهش آشفتگی	آزمایش	۲/۶۷ \pm ۰/۴۱	۰/۰۷۰	۲/۵۶ \pm ۰/۱۵	۰/۱۲۶	۰/۰۹۸ \pm ۰/۴۵	۰/۳۳۰
	کنترل	۲/۴۲ \pm ۰/۳۵		۲/۴۴ \pm ۰/۳۳		۰/۰۱۲ \pm ۰/۲۰	
مهارت زندگی به طور کلی	آزمایش	۱۲/۳۹ \pm ۲/۳۷	۰/۴۶۲	۱۳/۸۵ \pm ۰/۷۰	۰/۰۰۱	۱/۴۶ \pm ۱/۹۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۱/۹۰ \pm ۱/۶۰		۱۱/۹۴ \pm ۱/۵۳		۰/۰۴۹ \pm ۰/۷۱	

بحث

نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که آموزش گروهی مهارت‌های زندگی بر افزایش مهارت‌های مراقبت از خود در مردان مبتلا به اسکیزوفرنی موثر نیست. این یافته پژوهش حاضر با برخی از تحقیقات که نشان داده‌اند که آموزش این نوع مهارت‌ها موجب افزایش خودیاری بیمار می‌شود، همسو نیست. بر اساس این مطالعات از آنجا که شروع بیماری در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی قبل از اینکه مهارت‌های زندگی مستقل و موثر فردی را تجربه کنند و قادر شوند مستقلاً به نوعی خود مدیریتی کامل دست یابند، اتفاق می‌افتد و در اثر اختلالات شناختی ناشی از بیماری، بیمار در امور شخصی وابسته باقی می‌ماند، با آموزش مهارت‌ها می‌توان تا حدی این نقص را کاهش داد (۱۳). حتی آموزش مهارت‌های زندگی به خود مدیریتی بهتر برخی از علائم مثبت و منفی بیماری منجر می‌گردد (۲۶) به ویژه وقتی با دارو درمانی همراه شود (۲۷). از سوی دیگر آموزش این مهارت‌ها تا حدی نیز موجب بالا رفتن بینش فرد و ارزیابی عینی‌تر بیمار از علائم سایکوز می‌شود که در نهایت به نوعی افزایش تسلط و خودیاری در برابر علایم می‌انجامد. با آموزش، بیمار مهارت‌های مقابله‌ای را یاد گرفته و تجارب غیرعادی را با عینیت بیشتری ارزیابی می‌کند (۲۸).

در تبیین مغایرت این یافته با پژوهش‌های دیگر می‌توان گفت که در آموزش مهارت‌های خودیاری از جمله بهداشت فردی، عدم مصرف مواد مخدر، مصرف به موقع دارو و بطور کلی کل سیستم بیمارستانی باید درگیر باشند. وجود کمبودهایی مانند کمبود کادر درمانی آموزش دیده و کثرت بیماران مانع بزرگی در آموزش و پیگیری این نوع مهارت‌ها محسوب می‌شوند. عدم وجود یک سیستم نظارتی و مراقبتی دقیق در بیمارستان‌های روانی، یکی از موانع اصلی در تعمیم مهارت‌های آموخته شده برای خود مدیریتی مصرف مواد و خودیاری است. از طرفی آنچنان که برخی مطالعات نشان داده‌اند اساس فراگیری مهارت‌های خود یاری به آموزش ویژه، تداوم آموزش‌ها، تکرار زیاد، و پُر آموزی همراه با تقویت کننده‌ها بستگی دارد (۲۹) که احتمالاً به دلیل محدودیتهای موجود این مهم خوب انجام نشده است.

یافته دیگر آن بود که آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش آشفتگی بیماران تاثیر معنی‌دار ندارد. در مقیاس آشفتگی بیشتر علایم منفی اسکیزوفرنی مانند گوشه‌گیری، استرس، مقابله با خشم مورد نظر بود. این یافته با برخی مطالعات که نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی بر روی بیمارانی که علائم منفی بالاتری دارند کمتر موثر است (۳۰) همسو است. اما با برخی مطالعات دیگر (۳۱) همسوئی ندارد. این پژوهش‌ها در آموزش بیماران مزمن بستری به این نتیجه رسیدند که آموزش این مهارت‌ها باعث کاهش آشفتگی (علائم منفی) بیماران می‌شود. شاید بتوان علت عدم اثربخشی آموزش مهارت‌ها را برآشفتگی‌های بیماران در پژوهش حاضر به بستری شدن‌های طولانی مدت و بیش از حد

معمول در کشور ما نسبت داد. در بیمارستان‌های روانی ما بیمار پس از بدست آوردن بهبودی نسبی و بینش یافتن به خود و محیط همچنان در بیمارستان نگه داشته می‌شود که این مسئله موجب تحریک بالای بیمار و افزایش رفتارهای آشفته‌وار، بی‌قراری و خشم او می‌گردد. در نمونه پژوهش حاضر بیماران مزمنی بودند که در یک دوره ۳-۴ ماهه در بیمارستان بستری بودند. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر آن بود که آموزش مهارت‌های زندگی مهارت تماس اجتماعی و روابط بین فردی را در بیماران افزایش می‌دهد. این یافته با برخی پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق افزایش کنشهای جمعی (۳۲)، بهبود روشهای ارتباطی با دیگران (۳۳) افزایش توانایی شروع ارتباط (۲۴) افزایش ادراک اجتماعی مانند ارزیابی دقیق از اظهارات هیجانی و چهره‌ای دیگران، تفسیر مناسب از معنی اظهارات دیگران، بیان گری عاطفی به خانواده و دوستان را افزایش می‌دهند، هماهنگ است.

در واقع آموزش مهارت‌های زندگی رویکردی اجتماعی دارد. تعداد زیادی از مهارت‌های اجتماعی که در اکثر افراد اسکیزوفرنی آسیب دیده، از اختلالات یادگیری و شناختی آنها می‌باشد که مقدم بر شروع بیماری بوده است. در نتیجه تواناییهای اجتماعی این بیماران در طی دوران اولیه از رشد باز می‌ماند (۷). آموزش مهارت‌های زندگی از طریق تأثیر مثبت بر کنشهای شناختی (۲۳) افزایش مهارت‌های حل مساله (۲۲)، ادراک صحیح‌تر شاخص‌های مختلف مرتبط با نشانه‌های اجتماعی مثل عواطف منعکس در چهره، تن صدا، زبان بدنی که با یادگیری از طریق تکنیکهای ایفای نقش و سرمشق دهی و تصاویر ویدئویی صورت می‌گیرد، باعث بهبود مهارت‌های اجتماعی بیمار می‌گردد (۲۴). ارتباط، فرآیند انتقال اطلاعات با هدف ایجاد معنی مشابه در فرستنده و گیرنده است.

در انسانها فرآیند دریافت اطلاعات از جهان در طی سه مرحله حس، درک، و فرا درک است که در این پژوهش در طی آموزش مهارت‌ها تلاش شد این سه مرحله با مثالهای عینی و اثبات اهمیت آنها در برقراری ارتباط صحیح با دیگران، به بیمار آموزش داده شود و از طریق تقویت کننده‌ها، گوش دادن فعال، سخن گفتن صحیح، آموزش همدلی، به بیمار در برقراری روابط بین فردی صحیح کمک شود.

همچنین آموزش مهارت‌های زندگی مسئولیت پذیری را در بیماران پژوهش حاضر افزایش داد. این یافته با نتایج برخی مطالعات هماهنگ است (۳۱ و ۳۴). در طی جلسات آموزشی تلاش شد که بیماران همکاری و کار در گروه را فرا گیرند. مخصوصاً در زمینه مداوای خود مثل مصرف دارو، حاضر شدن به موقع در ویزیت، همکاری با کادر درمان، شرکت فعال بیشتری داشته باشند. تمامی این موارد به افزایش مسئولیت پذیری بیمار منجر گردید.

نتیجه گیری

می‌شود بیمار تعداد دفعات عود کمتری را تجربه کند. زیرا بسیاری از عودها پس از ترخیص و قرارگرفتن بیمار در محیط‌های پر استرس اتفاق می‌افتد، بدون آنکه بیمار آمادگی کافی برای مقابله مناسب با این وضعیت را داشته باشد. آموزش مهارت‌های زندگی بیمار را در کنترل مشکلات مختلف یاری می‌کند و به سازگاری بهتر با اجتماع منجر می‌شود.

اسکیزوفرنی یک اختلال پیچیده است و یک روش درمانی واحد برای این بیماری کافی نیست و باید از روشهای درمانی جامع (درمانهای دارویی و مداخلات روانشناختی، اجتماعی، خانوادگی مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی و زندگی، کاردرمانی، آموزش خانواده‌ها، و روان درمانی شناختی رفتاری) استفاده شود. چنانچه آموزش مهارت‌های مناسب بطور مداوم هم از طریق خانواده‌ها و هم از طریق کادر درمانی اجرا شود باعث

References:

- Krabbendam L, Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology* 2003; **169**: 376-382.
- Eckman TA, Wishing WC, Marder SR. Technique for training schizophrenic patients in illness self management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; **146**: 1549-1555.
- Tsang HWH. Problem solving and social skills training. *Psychiatr Serv Am Psychiatric Asso* 2002; **53**: 10-34.
- Tsang HWH, Pearson V. Work- related social skills training for people with schizophrenia in Hong Kong. *Schizophr Bull* 2001; **27** (1): 139 – 148.
- Dickinson D, Bellack AS, Gold JM. Social/ communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007; **33** (5): 1213-1220.
- Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, Mckenzie J, Johnston K, Eckman. Two – year outcome of social skills training and group psychotherapy for outpatients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; **153**: 1585-1592.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; **32**: 12-23.
- Nisenson LG, Berebaum H. Interpersonal interactions in individuals with schizophrenia: individual differences among patients and their partners. *Psychiatry* 1998; **61**: 2-11.
- Eckman TA, Liberman RP, Phipps C, Blair C. Teaching medication management skills to schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacology* 1990; **33**: 35-38.
- Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management. *Am J Psychiatry* 1992; **149**: 1549-1555.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. Randomized controlled trial of compliance therapy. *British J Psychiatry* 1996; **172**: 413-419.
- Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccoaro JV; Mintz J. Skills training vs. psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; **155**: 1087-1091.
- Day JC, Bental RP, Roberts C. Attitudes toward antipsychotic medication and insight into illness: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005; **62**: 717-724.
- Bellack A. Skills training for people with severe mental illness. *Psychiatr Rehab J* 2004; **7**: 375-391.
- Pammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull* 2006; **32** Suppl 1: 3-7.
- Bell M, Bryson G, Greig T, Corcoran C, Wexler B. Neurocognitive enhancement therapy with Therapy. *Arch Gen Psychiatry* 2001; **58**: 763-768.
- Fiszdon JM, Bryson GJ, Wexler BE, Bell MD. Durability of cognitive remediation training in schizophrenia: performance on two memory tasks at six month and 12- month follow up. *Psychiatry Res* 2004; **125**: 1-7.
- Hogarty GE, Flesher S, Ulrich R. Cognitive enhancement therapy for schizophrenia: effects of a two – year randomized trial on cognition and behavior. *Arch Gen Psychiatry* 2004; **61**: 866-876.
- Medalia A, Revheim N, Casey M. The remediation of problem- solving skills in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001; **27**: 259-567.
- Mueser KT, Aoltos. Deboran R. The effectiveness of skills training for improving outcomes in supported employment. *Am Psychia Founda* 2005; **56**: 1254-1260.
- Wong SE, Martinez – Diaz JA, Massel HK, Edelstein BA, Wiegand W, Liberman RP. Conversational skills training with schizophrenic inpatient: a study of generalization across setting and conversant. *Behav Ther* 1993; **24**: 285- 304.
- Liberman RP, Eckman TA, Marder SR. Rehab Rounds: training in social problem solving among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services Am Asso* 2001; **52**: 31-33.
- Spaulding WD, Fleming SK, Reed D, Sullivan M, Storzbach D, Lam M. Cognitive functioning in schizophrenia: *Impli for Psychiatric Reh Bull* 1999; **25**: 275-289.
- Otr HI, Otr GT, Watanabe S, Nagatomi Y, Mitarai K, Ohsawa R, et al. Regular of 3- year psychiatric

- daycare treatment inpatients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosci* 2005; **59** (3): 246- 252.
25. Eckman TA, Wirshing WC, Marder SR, Liberman RP, Johnson-Cronk K, Zimmermann K. Technique for training schizophrenic patients in illness self-management: a controlled trial. *Am J Psychiatry* 1992; **149**:1549-1555.
 26. Glynn SM, Marder SR, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, et al. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: Effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am Psychiatric Asso* 2004; **2**: 68-77.
 27. Granholm E, McQueid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P, et al. A Randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005; **162**: 520-529.
 28. Harvey PD, Green MF, Keefe RSE, Velligan D. Cognitive functioning in schizophrenia: a consensus statement on its role in the definition and evaluation of effective treatment for the illness. *J Clin Psychiatry* 2004; **65**: 365-372.
 29. Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz A, Zarate R. Comparison of efficacy of social skills training for deficit and no deficit negative symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; **154**: 424-425.
 30. Bellack AS, Mueser KT. psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2000; **5**: 19.
 31. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mints J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; **155**: 1087-1091.
 32. Dickinson D, Bellack AS, Gold JM. Social/communication skills, cognition, and vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2007; **33** (5): 1213-1220.
 33. Hoffmann H, Kupper Z, Kunz B. Predicting schizophrenia outpatient's behavior by symptomatology and social skills. *The J of Ner and Mental Disease* 1998; **186**: 214-222.